

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.**

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

	Che la sede operativa dell'Ambulatorio è presso i locali di Torino (Via/Corso/Piazza..) _____ • _____ n. _____ lett. _____ scala _____ piano _____
	Che i locali in cui verrà svolta l'attività: <input type="checkbox"/> SONO di proprietà della Città di Torino <input type="checkbox"/> NON SONO di proprietà della Città di Torino dei quali dispone a titolo di: • <input type="checkbox"/> proprietario <input type="checkbox"/> conduttore con regolare contratto di locazione del _____ <input type="checkbox"/> accordo preliminare di locazione sottoscritto in data _____ (allegare assenso della proprietà) <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> (In caso di Apertura o trasferimento) Che la superficie totale dei locali è di mq. _____
	<input type="checkbox"/> (in caso di modifica Locali) Di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n. _____ rilasciata da _____ _____ in data _____ per la superficie di mq. _____ e che a seguito delle modifiche richieste la superficie totale dei locali è di mq. _____
Locali	<input type="checkbox"/> (in caso di modifica Attività) Di essere già in possesso di Autorizzazione Sanitaria n. _____ rilasciata da _____ _____ in data _____ per le seguenti branche specialistiche (specificare): _____ _____ _____
	• Che in detti locali <input type="checkbox"/> viene svolta <input type="checkbox"/> verrà svolta <input type="checkbox"/> attività di assistenza monospecialistica ambulatoriale <input type="checkbox"/> di / con Radiodiagnostica / Diagnostica per immagini (3) <input type="checkbox"/> attività di assistenza polispecialistica ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> (3) da compilare in presenza di attività di Radiodiagnostica e/o Diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> che vengono impiegate sorgenti di radiazioni soggette al rilascio di nulla-osta di Cat.B ovvero macchine radiogene utilizzate per terapia medica, ai sensi del D.Lgs.230/1995 e s.m.i. <input type="checkbox"/> che per l'impiego di dette apparecchiature è stata presentata regolare istanza presso l'ASL competente per territorio, ai sensi della L.R. 5/2010 in data _____
	Oppure <input type="checkbox"/> che vengono utilizzate apparecchiature per radiodiagnostica con energia inferiore a 200 KW, inserite in n. _____ ambienti per una superficie di mq. _____ <input type="checkbox"/> che vengono utilizzate n. _____ unità ecografiche per una superficie di mq. _____ <input type="checkbox"/> che vengono utilizzate n. _____ apparecchiature di diagnostica per immagini per una superficie i mq. _____
Capacità Produttiva	Che in merito al rispetto di quanto stabilito dalla DGR 98-9422/2008, dalla DGR 51-408/2010, dalla DGR 18-4763/2017 relativamente al fabbisogno di prestazioni sanitarie e della capacità produttiva: <input type="checkbox"/> si allega la relativa istanza per la valutazione della compatibilità territoriale di competenza regionale; <input type="checkbox"/> si attesta che la modifica della struttura viene effettuata per adeguamento a norme nazionali e/o regionali, e pertanto la valutazione della compatibilità territoriale non è richiesta. Si allega descrizione dell'intervento programmato. <input type="checkbox"/> si attesta che il trasferimento ad altra sede della struttura, operante esclusivamente in ambito privatistico, avviene senza modifica della capacità produttiva e dell'A.S.L. territoriale di riferimento, e pertanto la valutazione della compatibilità territoriale non è richiesta. Si allega descrizione dell'intervento programmato.
Direttore Sanitario	Che è stato nominato Direttore Sanitario il/la dott./ssa _____ Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____ Cod. Fisc. _ che in merito al rispetto dei requisiti minimi organizzativi e gestionali generali e specifici prescritti dalla D.C.R. 616-3149 del 22/02/2000 ha compilato il modello All-DirSan

Attestazioni	<ul style="list-style-type: none"> Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159 e successive modificazioni
	<p>Che vengono rispettati i dettami dei Regolamenti di Polizia Urbana, Annonaria, Igienico-Sanitaria, Edilizio, delle Norme Urbanistiche, di destinazione d'uso e ai requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui alla D.C.R. 616-3149/2000, con particolare riferimento a barriere architettoniche, tutela dell'inquinamento acustico, protezione antincendio, salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro, risparmio energetico del locale e degli impianti nello stesso installati, così come attestato da <u>tecnico abilitato</u> nell'allegato Modello AII Tec-Amb e dal <u>Direttore Sanitario</u> nell'allegato modello AII-DirSan</p>

<ul style="list-style-type: none"> Richiede che le comunicazioni relative al presente Procedimento vengano inviate al seguente indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata): _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati	<input type="checkbox"/> Copia del documento di identità, qualora l'istanza sia presentata a mezzo posta o da un terzo;
	<input type="checkbox"/> (1) Dichiarazione di conformità tecnica AII Tec-Amb
	<input type="checkbox"/> (2) <i>(solo in caso di modifica attività senza modifica locali)</i> Planimetria in scala 1/100 a firma di tecnico abilitato atta a rappresentare i locali allo stato attuale, contenente la destinazione di ogni ambiente con l'indicazione delle relative superfici e la posizione delle postazioni di lavoro;
	<ul style="list-style-type: none"> Dichiarazione del Direttore Sanitario AII-DirSan; Copia contratto con la ditta di smaltimento rifiuti; Dichiarazione sostitutiva dell'atto costitutivo della Società o dell'iscrizione alla Camera di Commercio o del patto associativo tra professionisti se trattasi di studio associato; Elenco attrezzature; Elenco prestazioni erogate; Dichiarazione della presenza medica in assenza del Direttore Sanitario (a firma congiunta del titolare e del Direttore Sanitario); Dichiarazione trattamento dati sensibili; Copia versamento diritti di istruttoria ai sensi della Deliberazione del 04.12.2013 mecc.2013-06465 (Euro 100,00) (per i cittadini extracomunitari) Copia permesso di soggiorno in corso di validità, idoneo all'esercizio dell'attività, e/o copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo alla Questura (come da nota n. prot. 11050/M(8) del 5/08/2006 del Ministero dell'Interno). <input type="checkbox"/> ALLEGATO A1 (Per le Società: Dichiarazione attestante l'inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art.67 del D.Lgs. 06.09.2011 n.159 e s.m.i., da compilarsi a cura di: S.N.C.: tutti i soci; S.A.S.: soci accomandatari; S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione con relative fotocopie dei documenti di identità in corso di validità di tutti i firmatari); <input type="checkbox"/> Copia della eventuale precedente autorizzazione dell'ambulatorio medico; <input type="checkbox"/> Elenco degli impianti (attrezzature, apparecchiature e accorgimenti particolari di carattere tecnico nell'ambito dell'ambulatorio) a firma del Direttore Sanitario e del titolare
	<input type="checkbox"/> Istanza di valutazione della compatibilità territoriale;
	Oppure <i>(ove non richiesta)</i>
	<input type="checkbox"/> Relazione descrittiva dell'intervento programmato;

Data _____

Firma _____

Info	<p>La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta dal richiedente (l'assenza della firma è motivo di rigetto della pratica) unitamente alla fotocopia di un documento d'identità dei firmatari in corso di validità, ovvero firmata digitalmente, deve essere trasmessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite PEC all'indirizzo: suap@cert.comune.torino.it - tramite FAX indirizzandolo a: Divisione Commercio FAX 011-4430863 <p>Sportello Unificato del Commercio – Ufficio Informazioni e Accettazione pratiche - Via Meucci n.4 – 10121 Torino Orario: dal Lunedì al Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 - Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 Informazioni telefoniche dal Lunedì al Giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00 Tel.011/4430.523 – 411 - 462</p>
	<p>Alla pratica è sempre necessario allegare l'attestazione dell'avvenuto versamento con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - versamento sul c/c postale n. 68700137 Codice IBAN: IT72E076010100000068700137 intestato a: COMUNE DI TORINO - SETT. ATTIVITA' ECONOMICHE E DI SERVIZIO - VIA MEUCCI 4 - 10121 TORINO causale: Diritti di istruttoria e ricerca. - pagamento dell'importo previsto effettuato con denaro contante all'atto della presentazione della pratica agli sportelli.
	<p>Informativa ai sensi del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.</p> <p>L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.</p>